HEALTHFIRST HERITAGE TRACE

Debido a la portabilidad de seguro de salud y Accountability Act (HIPAA) de 1996, la siguiente información debe ser llenada por cada paciente anualmente.

Fecha: _____

Yo,_____, autorizo que **HealthFirst Heritage Trace** comparta mi información médica o seguro como sea necesario para procesar mis reclamaciones médicas y coordinar o administrar mi salud.

En caso de que un miembro de la familia o el proveedor de atención médica atiende mi visita de oficina y es en la sala de examen en el momento de mi evaluación y/o tratamiento, doy a **HealthFirst Heritage Trace** y sus médicos o empleados mi permiso para discutir libremente mi condición, tratamiento o diagnóstico con esa persona.

Teléfono de casa:_____

Teléfono del trabajo:_____

Teléfono celular:_____

Le podemos dejar un mensaje a uno de los números mencionados sobre citas y resultados de las pruebas de examenes?

Sí/No **casa/trabajo/celular** **todo lo anterior**

Con quien podemos discutir o informar acerca de su atención, el tratamiento o el diagnóstico?

_____ _Relacion _____ Teléfono # ( ) _____

_____ Relacion _____ Teléfono #( ) _____

Firma:_____

(Firma es válido un año desde la fecha indicada más arriba)

Imprimir el nombre:_____